

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
Des résultats immédiats et éloignés
DE
L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Provoqué dans les rétrécissements du Bassin

(Statistiques des Maternités de l'Hôtel-Dieu et de la Charité)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul DELAIGUE

Né le 4 février 1885, à Chaponnay.

Ancien Externe des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.



Thèse Lyon 1909.

TRÉVOUX

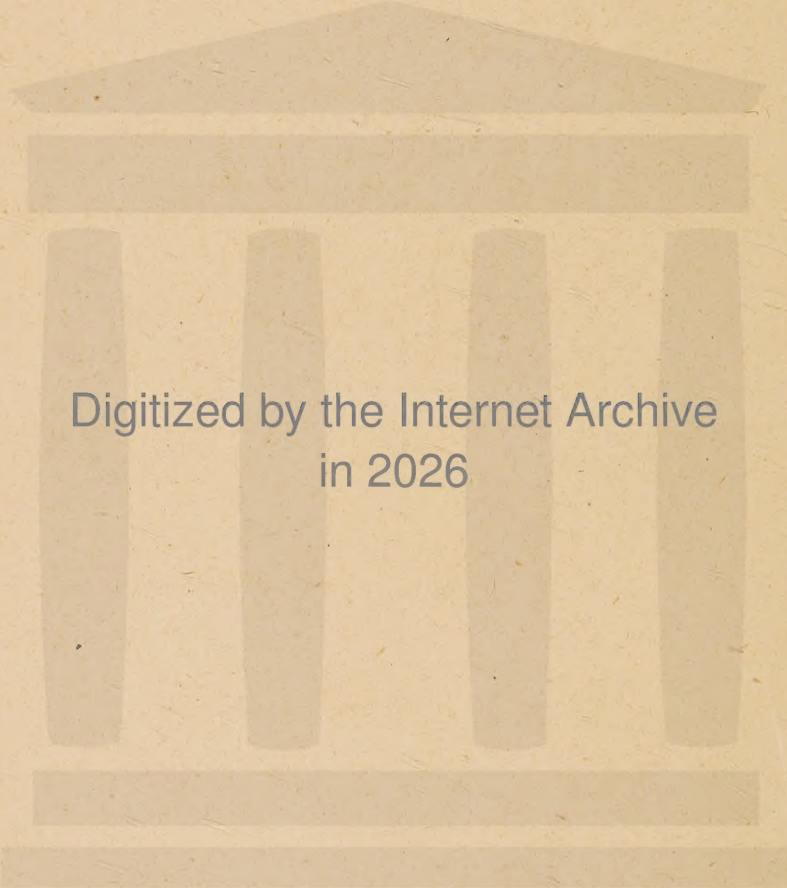
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Des résultats immédiats et éloignés

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Provoqué dans les rétrécissements du Bassin

(Statistiques des Maternités de l'Hôtel-Dieu et de la Charité)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul DELAIGUE

Né le 4 février 1885, à Chaponnay.

Ancien Externe des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
M. LORTET, DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		X....
Anatomie générale et histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....		COLLET.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
BARRAL,	GAYET.	LAROYENNE.
SAMBUC.	MOREL.	VORON.
COURMONT (P.).	NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.
CHATIN.	PATEL.	LATARJET, ch...
VILLARD.	J. LÉPINE.	BERIEL, ch...
TIXIER.	LESIEUR.	BRETIN, ch...
REGAUD.	Et. MARTIN.	THÉVENOT, ch...
COMMANDEUR.		

M. BAYLE, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président*; TIXIER, *Assesseur*;

MM. COMMANDEUR et VORON, *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux

PRÉFACE

Pendant notre séjour à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu la bonne fortune de voir pratiquer un grand nombre de fois l'accouchement prématuré artificiel chez des femmes ayant des bassins rétrécis ; grâce à la bienveillance de notre Maître, M. le docteur Voron, il nous a même été donné de pratiquer nous-même cette opération. Aussi avons-nous accepter avec plaisir de nous occuper de cette question, quand M. Voron nous fit l'honneur de nous la proposer comme sujet de thèse. D'autre part, M. le docteur Commandeur voulut bien nous permettre de puiser dans les archives de son service, à la Charité, les observations ayant trait à la question, et nous exposer quelques-unes de ses idées : nous l'en remercions ici. Nous publierons donc dans ce travail les statistiques des Maternités de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, réunissant ainsi un nombre de cas suffisamment élevé pour avoir des résultats probants.

D'ailleurs, en faisant cette étude, nous n'avons en aucune façon la prétention de traiter un sujet neuf ; la question a déjà été maintes fois discutée ; aussi le seul but que nous poursuivions est-il de donner un argument de plus — celui des chiffres — en faveur de l'accouchement prématuré provoqué comme moyen de traitement dans le cas de bassin rétréci.

C'est dire que nous supprimerons de parti pris toute la partie didactique proprement dite de la question. Nous n'insisterons que sur certains points mettant en relief la pratique de l'accouchement provoqué dans les services lyonnais. Notre travail comprendra donc une partie historique qu'il nous a paru intéressant de traiter d'une façon un peu complète : nous donnerons ainsi les statistiques, tant françaises qu'étrangères, de ces dernières années, ce qui montrera assez bien l'état actuel de la question. Nous rechercherons ensuite les causes principales de la mortalité dans les accouchements provoqués et les moyens de diminuer cette mortalité. Un autre chapitre sera consacré à la publication des 78 observations que nous présentons ; après quoi, nous établirons nos statistiques et les discuterons. Enfin, dans un dernier chapitre, nous étudierons la valeur comparée de l'accouchement prématuré et des autres moyens de traitement préconisés dans les bassins rétrécis, notamment de la césarienne. Nous n'avons, certes, pas l'espoir que ce travail terminera le débat séculaire qui se livre autour de cette ques-

tion ; notre but sera toutefois atteint, s'il parvient à augmenter la faveur dont jouit l'accouchement prématuré.

Mais avant d'entreprendre ce travail, qui sera le dernier acte de notre vie d'étudiant, nous voulons apporter le témoignage de notre reconnaissance aux Maîtres qui nous ont enseigné pendant nos années d'externat.

Elle ira tout d'abord et particulièrement à M. le docteur Morrisset, qui a bien voulu nous ouvrir très larges les portes de son service pendant notre première année d'externat. Chez ce Maître, nous avons appris non seulement les éléments de la médecine, mais nous avons surtout appris à avoir la conscience de notre métier. Plus tard même, jamais ses conseils ne nous ont fait défaut. Nous le prions donc de recevoir nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Rollet nous enseigna l'ophtalmologie avec la bienveillance dont il est coutumier, nous tenons à l'en remercier ici.

Nous avons passé 6 mois dans le service de M. le professeur agrégé Tixier, qui s'est toujours montré soit pendant notre stage chez lui, soit plus tard, plein de bienveillance à notre égard, et qui nous en donne encore une preuve aujourd'hui en acceptant de prendre part à l'argumentation de notre thèse. Nous tenons à lui en dire toute notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Nové-Josserand fut pour nous le Maître aimable qui nous initia à la chirurgie infantile, nous conserverons de lui un respectueux et charmant souvenir.

M. le professeur agrégé Laroyenne et M. le docteur Mollin furent aussi nos Maîtres pendant quelque temps ; ils surent donner à nos relations une allure amicale si bien que leur souvenir sera toujours charmant pour nous.

M. le professeur agrégé Voron nous enseigna l'obstétrique, mettant dans nos relations de Maître à élève tant de cordialité, que nous nous estimerons heureux de pouvoir les conserver. Il fut, comme nous l'avons dit, l'inspirateur de cette thèse, et c'est pour nous un plaisir de lui témoigner notre reconnaissance en défendant des théories qui lui sont chères.

Nous sommes redevable à M. le docteur Gonnet d'une des observations de cette thèse : nous tenons à l'en remercier ainsi que de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Enfin, M. le professeur Lannois fut notre Maître de la dernière heure. Le souvenir que nous emportons de son service ne fait qu'aviver les regrets que nous éprouvons à voir terminer nos années d'externat. Qu'il veuille bien recevoir nos respectueux remerciements.

Et maintenant, nous ne voudrions pas terminer notre vie d'étudiant sans dire à tous nos camarades

l'excellent souvenir des relations que nous avons eues avec eux pendant ces trop courtes années. Nous espérons qu'elles ne se termineront pas à l'étape de notre vie médicale que nous allons franchir aujourd'hui.

HISTORIQUE

Le problème qui consiste à faire franchir au fœtus la filière pelvienne dystocique a longtemps tourmenté les accoucheurs. Tout d'abord on conseilla, puisque l'enfant ne pouvait passer par la voie vaginale, de l'extraire par une porte artificielle abdominale : *la césarienne* était née. On obtint ainsi de bons résultats pour les enfants, mais quant aux mères!!... Si l'on songe qu'en 1876 il y avait 100 ans que l'on n'avait vu guérir une mère à la suite d'une césarienne, on peut dire que ce fut un véritable désastre!

Aussi en 1768, Rigault, de Dijon, proposa-t-il l'agrandissement momentané du bassin par l'ouverture de la symphise pubienne et fit avec succès sa première opération. Mais pour les mêmes raisons que la césarienne — notamment le défaut d'asepsie, — la symphyséotomie amena de véritables désastres.

C'est alors, qu'imitant en cela la nature, qui, parfois fait survenir le travail avant le terme dans les bassins rétrécis, on eût l'idée de provoquer l'accouchement à

une époque de la grossesse où l'enfant a encore des dimensions qui lui permettront de franchir sans difficulté les orifices pelviens. L'accouchement prématuré est donc une découverte toute moderne, et de cela il ne faut pas trop s'étonner, quand on songe qu'à cette époque les considérations morales et religieuses dominaient la scène.

Toutefois on s'est plu à rechercher si les médecins avaient été plus audacieux dans leurs penses que dans leurs actes, en d'autres termes si l'idée de cette intervention était née longtemps avant de se traduire par des faits. On a cru la reconnaître dans quelques passages d'auteurs relativement anciens. Un des plus explicites est le suivant, extrait de l'*Accouchement Césarien*, de F. Roussel : « Si forte via perquam
« fœtus excluvi debet sit augustior, tractandus erit
« ante finem gestionis, quia fortis naturalis impe-
« ditur ». Mais cela est bien obscur, et il faut arriver à Louise Bourgeois, reçue sage-femme jurée en 1590, pour entendre conseiller formellement l'accouchement provoqué, et encore n'envisage-t-elle que les cas d'hémorragie.

C'est Roussel de Vauzelme dans la deuxième édition de sa thèse, en 1778, qui, le premier, conseille d'interrompre la grossesse lorsqu'on a des signes certains que l'accouchement naturel ne pourra avoir lieu, et de le provoquer et de l'accélérer vers le 7^e et 8^e mois. (De Sect. symphys. ass. pu 8, p. 1778). Mais déjà, à ce moment, on voit naître des discussions de droit de propriété entre médecin ; car dans ses « *Essais historiques, littéraires et critiques sur l'Art*

des accouchements », Suë le jeune reproche à Roussel de Vauzelme de n'être pas l'inspirateur de la méthode :
« Il y a déjà longtemps, écrit-il, que M. Petit a
« conseillé et fait provoquer l'accouchement préma-
« turé dans les cas de difformité aux os du bassin.
« Il a même proposé à ce sujet des moyens dans le
« détail desquels ce n'est pas ici le lieu d'entrer, avec
« d'autant plus de raison qu'il faudrait d'abord que
« les casuistes et les théologiens eussent décidé s'il
« est permis d'accélérer une fonction à laquelle la
« nature a assigné un terme fixe ».

Quoi qu'il en soit, ceci semble bien constituer l'acte de naissance en France, de l'accouchement prématuré. Mais les derniers mots montrent bien aussi que de grands obstacles, insurmontables à cette époque, vont s'élever et retarder le passage à la pratique de cette intervention. D'ailleurs certains médecins eux-mêmes condamnent la méthode : c'est Baudelocque (*L'Art de l'Accouchement*, t. II, 1781), c'est M^{me} Lachapelle, c'est Dupin. C'est enfin l'Académie de Médecine qui, le 6 février 1827, condamne cette manœuvre par la voix de M. de Kergaradac.

Quelques années après, cependant, l'accouchement prématuré devait prendre sa revanche, et Stolz, professeur à Strasbourg s'en montrait partisan convaincu et le pratiquait en 1831-33-36.

Bientôt même, en théorie et en pratique se rallièrent à lui : Villeneuve à Marseille, Velpau et Paul Dubois à Paris, Nichet à Lyon. A cette époque donc, l'accouchement prématuré est universellement adopté en France. C'est pourquoi G. Raffaele vint à la Société

Royale de Médecine, à Marseille (21 août 1847), présenter un travail : « Quelques mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément dans le royaume de Naples ». Il y avoue qu'on ignore cette pratique en Italie et que lui-même n'a pu faire paraître sur ce sujet un article que la censure avait mutilé, non sans l'approbation préalable des théologiens. Il se plaint d'avoir été accusé auprès du roi d'avoir publié dans son ouvrage des principes en opposition avec ceux du christianisme, et conséquemment avec ceux de toute saine morale. On voit donc que ce n'est pas sans un grand effort que l'accouchement prématuré put sortir de la nuit où voulaient le tenir plongé les préjugés.

Mais l'Angleterre, plus libre dans ses croyances, avait depuis longtemps mis en pratique l'accouchement provoqué. En 1756, comme le rapporte Demmain sur le dire de Kelly, les médecins les plus autorisés de Londres réunis, donnèrent unanimement leur approbation à l'accouchement provoqué, le considérant comme avantageux et conforme à la saine morale. Cette approbation anticipée, réelle ou fictive, qui n'a laissé de son existence qu'un souvenir, avait une véritable importance. Elle faisait présumer l'assentiment des médecins du pays et leur concours contre les dénonciations du clergé. Aussi les faits ne tardèrent-ils pas longtemps à se produire.

Macaulay justifia le premier la décision de ses compatriotes. Il fut bientôt suivi par Kelly, qui provoqua trois fois avant terme l'accouchement sur la même femme, dont deux fois avec succès complet.

Toutefois les premiers travaux sérieux justifiant la méthode ne parurent qu'au début du dix-neuvième siècle.

Y a-t-il eu, en Allemagne, un mouvement progressif parallèle ; ceci semble douteux. C'est sous l'influence de l'Angleterre que May essayait, en 1799, de poser les indications de l'accouchement prématuré artificiel et que Wenzel, en 1804, faisait mieux encore en le pratiquant avec succès. En 1820, la publication de l'ouvrage de Reinsinger, où les faits acquis à la science étaient exposés et discutés avec beaucoup de savoir et de sagacité, contribua puissamment à changer la disposition des esprits.

A dater de cette époque, les épreuves cliniques se multiplièrent. A la faveur de ce concours si actif, la nouvelle méthode s'était enrichie de procédés opératoires nouveaux, moins sûrs que la perforation des membranes, seul procédé employé jusqu'à ce jour, mais n'exposant pas aux mêmes dangers.

De l'Allemagne, la pratique de cette intervention s'étendit en Hollande, en Italie, si bien qu'en 1850 l'accouchement prématuré avait conquis son droit de cité et voyait terminée sa première phase de lutte. Mais, comme on le verra, il n'était pas encore vainqueur, et à partir de 1887, une nouvelle période combattive commence : c'est la lutte des autres opérations destinées à résoudre le problème de la dystocie pelvienne contre l'accouchement prématuré : nous avons nommé la césarienne et la symphyséotomie modifiées et rendues plus praticables par les découvertes de l'antisepsie et de l'asepsie.

En effet, Budin, en 1887, tout en constatant que la césarienne est très en honneur en Allemagne, prouve par des faits qu'on peut très bien élever les prématurés. Par malheur, en 1891, M. Pinard présentait une statistique de 100 accouchements prématurés provoqués, où il y avait une mort maternelle et 33 morts d'enfants. Ces résultats parurent si peu encourageants, que la pratique de l'accouchement prématuré subit un recul et l'on estima qu'il valait mieux faire courir aux mères plus de dangers et sauver plus d'enfants. C'est alors qu'on vit paraître les travaux de Farabœuf, Pinard, Varnier et que Mangiagalli chanta la « renaissance d'une opération ». La symphyséotomie revenait de nouveau à la mode, pour peu de temps d'ailleurs, car bientôt, en 1892, on devait entendre la voix de Fochier s'élever contre elle et résonner comme un glas funèbre : « Prenez garde, disait-il, prenez garde, on ne touche pas impunément aux articulations pelviennes et surtout aux articulations de femme enceinte. Craignez qu'en sectionnant la symphyse, vous n'allumiez un incendie qui ne demande qu'à éclater ». Bien entendu, on ne l'écouta pas et même quelques temps après, en 1896, A. Wardën, de Glasgow, faisait paraître une statistique de 39 cas d'accouchement prématuré où il avait une mortalité maternelle de 2,56 % et 59 % de mortalité fœtale au 7^e jour ; aussi concluait-il en faveur de la symphyséotomie. De même Audebert, en 1897, faisant un parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins de 8 cent. 1/2 à

9 1/2, trouve une mortalité de 42,85 % pour l'accouchement prématuré ; aussi, en présence de cette mortalité effroyable, conclut-il en faveur de la symphyséotomie. Mais hélas, les événements ne justifient pas ce qu'on attendait de cette opération, car les mères, d'après les meilleures statistiques, succombèrent dans une proportion de 12 % ; quant aux enfants, qui tous auraient dû vivre, ils moururent encore dans la proportion de 13 %. Peu après la symphyséotomie était abandonnée, sauf dans certains cas d'indication bien précise.

On se tourna alors vers la césarienne ; en effet, cette opération faite avec toutes les précautions aseptiques que l'on prend aujourd'hui, donne d'excellents résultats ; mais nous verrons plus tard si les succès dus à la césarienne peuvent justifier l'engouement de certains auteurs qui, tels Edouard Franck en 1900 (*Monate f. Geb. u. Gym.*), estiment qu'il n'y a pas besoin de demander l'autorisation de la femme. Toutefois, la faveur dont put jouir la césarienne n'avait pas fait oublier complètement l'accouchement prématuré. Certains accoucheurs continuaient à le pratiquer, corrigeant le manuel opératoire, et amélioraient ainsi les résultats.

Nous citerons une série de statistiques prises au hasard, qui montrent bien les progrès incessants qu'a fait l'accouchement prématuré. C'est ainsi que :

HUCKLENBROICH dans le *Deutsche Med. Wochen Schrift* en 1895, publie une statistique de 50 cas d'enfants obtenus par l'accouchement prématuré : 9 furent mort-nés, 20 moururent peu de temps après,

21 survécurent. C'était donc une mortalité immédiate de 18 pour 100 et définitive de 58 pour 100.

WOLFLINGER (1895), publie 34 cas, 11 enfants moururent dans les premiers jours (50 pour 100), 21 étaient nés vivants (82 pour 100).

O. SARWEY (1896), publie 60 cas de la clinique de Tübingen ; il donne les résultats suivants : mortalité maternelle : 1,6 pour 100 ; morbidité maternelle, 21,7 pour 100 ; enfants morts-nés : 16,7 pour 100 ; enfants nés vivants, 83,3 pour 100. Sur les 60, 43 enfants ont quitté la clinique en bon état. Ultérieurement, on a eu des nouvelles de 36 de ces enfants, 28 ont dépassé l'âge d'un an.

L. SKORSCHBAU (1900), à la clinique du professeur Schauta, cite 11 accouchements ayant donné 12 enfants ; 11 sont nés vivants ; au bout d'un an, tous étaient morts.

ALFHELD, dans un travail publié en 1901, dans le *Central Blatt für Gynécologie*, rapporte une statistique établie en recherchant ce qu'étaient devenus au bout d'un an les enfants nés à la suite d'un accouchement prématuré. Il obtint des renseignements sur 54 enfants, 5 seulement étaient morts avant la fin de la première année (9,2 %). RASCHKOW, dans une autre statistique, obtint une proportion de 4 sur 38 (10,6 %).

PAQUIER présentait en 1902 une statistique de la clinique Tarnier, il avait 50 cas avec 16 % de mortalité pendant le travail et 22 % de mortalité avant la sortie de l'hôpital.

GILLES (1902) présente une statistique de la clinique

obstétricale de Toulouse ; pas de mortalité maternelle, 24,32 % de mortalité immédiate brut, 18,09 % de mortalité en expurgeant sa statistique.

MORRIS, dans le *The Americ. Journ. of obstétr.*, en 1904, publie une série de 30 cas ; sur ces 30 enfants, 2 sont venus mort (craniotomie, procidence du cordon) ; 2 sont morts par débilité ; 3 autres sont morts d'infection ombilicale, de broncho-pneumonie, d'hémorragie intra-péritonale subite ; les 23 autres ont actuellement de 9 à 10 ans.

HAHL, dans les travaux de la clinique Helsingfors, en 1904, ne fut pas aussi heureux ; mortalité des femmes : 2,38 %, morbidité : 7,23 %. Sur 84 enfants, 63 sont nés vivants (75 %), 21 morts-nés (25 %). Au total, 50 ont quitté la clinique vivants. Sur 48, on a pu avoir des renseignements : 6 sont morts, soit 50 % de disparus pendant la première année.

GALLIMARD (1905), dans sa thèse sur « l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué », arrive à une mortalité immédiate de 17,6 % et montre que l'on n'obtient qu'une faible proportion de débiles, 11,11 %.

LÉOPOLD et KONRAD, en 1906, firent paraître un chaud plaidoyer en faveur de l'accouchement prématuré provoqué. Ils publièrent 84 cas ; ils eurent 71 enfants vivants (84,53 %) et 13 morts (15,47 %). Des 71 nés vivants, 13 moururent avant la sortie (18,30 %) ; il restait donc vivants à la sortie de l'hôpital 69,5 % des enfants.

Enfin BOURRET, dans sa thèse, donne 12 décès sur 37 résultats éloignés, soit 32,4 % de mortalité

éloignée. Cette mortalité n'est d'ailleurs pas notablement supérieure, en tenant compte de l'éloignement des résultats, à la mortalité infantile normale.

Cette série de statistiques montre bien que les résultats ont été s'améliorant de jour en jour, et vraiment, à l'heure actuelle, la valeur de l'accouchement prématuré n'est plus à discuter. Il répond, en effet, à cet idéal élevé si bien exprimé par Levret : « L'excellence de l'art de l'accouchement consiste à sauver deux individus à la fois ».

CHAPITRE III

Causes de la mortalité dans l'accouchement prématuré provoqué. — Indications. — Manuel opératoire. — Soins à donner aux prématurés.

L'exposé des statistiques précédentes est évidemment déjà très encourageant. Toutefois la meilleure, celle de Léopold et Konrad donne encore 15,47 % de mort-natalité et, certes, c'est encore un taux assez élevé. Les progrès incessants réalisés jusqu'à ce jour, peuvent, cependant, à eux seuls, nous faire espérer de meilleurs résultats. Il semble bien, en effet, que si les indications de l'accouchement prématuré étaient posées d'une façon plus précise, si le manuel opératoire était encore perfectionné, si enfin les soins ultérieurs donnés aux prématurés étaient plus attentifs et plus rationnels, on obtiendrait des résultats plus satisfaisants.

Avant d'exposer les statistiques des maternités de l'Hôtel-Dieu et de la Charité qui, nous le verrons, seront plus encourageantes encore que celles obtenues jusqu'à ce jour, nous nous proposons d'étudier chacun de ces trois points ; nous développerons ainsi la pratique de l'accouchement prématuré, telle qu'elle est dans les services lyonnais.

Indications. — Il semble bien qu'ici nous touchons au point délicat du sujet. Doit-on pratiquer indistinctement l'accouchement prématuré dans tous les cas de bassins rétrécis, aussi bien dans les bassins de 7 centimètres, que dans les bassins de 10 ? En effet, dans les bassins de 10 à 11, on peut toujours espérer l'accouchement spontané ou tout au moins l'accouchement à terme relativement facile, lors même qu'on serait obligé de terminer par un forceps ou par une version, interventions peu mutilatrices dans ce cas. Il n'y a donc pas lieu de parler ici d'accouchement prématuré. De même dans les bassins de 7 à 8, nous ne croyons pas qu'il faille conseiller non plus l'accouchement prématuré. L'angustie pelvienne est alors trop grande, il faudrait provoquer l'accouchement trop tôt pour que l'enfant puisse avoir des chances suffisantes de survie.

Il reste donc les bassins de 8 à 10 centimètres. Dans ce cas, nous croyons que l'accouchement prématuré doit être absolument recommandé. En effet, on peut attendre que l'enfant soit arrivé à un poids suffisant pour présenter des chances de survie satisfaisantes, sans toutefois risquer d'avoir à terminer l'accouchement par une intervention toujours

funeste. Voici donc la question tranchée quant aux degrés de rétrécissement où l'on pourra provoquer l'accouchement. Une autre question se pose alors : à quel moment doit-on provoquer l'accouchement ? Autrefois on conseillait de pratiquer l'accouchement à 8 mois pour les bassins de 8 centimètres, à 8 mois et demi pour ceux de 8 centimètres et demi. Fochier, tout en conservant cette règle, avait conseillé d'avancer l'accouchement de 8 à 10 jours dans les bassins généralement rétrécis.

Nous croyons qu'il faut ici, comme partout, se défier des formules fixes qui, souvent, font commettre de grosses erreurs.

Dans le problème qui nous intéresse, deux éléments se trouvent en présence : les dimensions du bassin et celles de la tête de l'enfant. L'un est absolument fixe ; pour ce qui est de l'autre, l'accoucheur devra toujours avoir présente à l'esprit cette idée capitale, à savoir que plus l'enfant sera gros, plus il aura des chances de survie, c'est dire qu'il y aurait tout avantage à reculer jusqu'aux extrêmes limites le moment de la provocation de l'accouchement. Mais il va sans dire que la tête de l'enfant a un volume qui n'est pas du tout proportionnel au poids du corps, et ceci vient encore compliquer le problème.

Voici donc comment nous conseillons de procéder pour déterminer l'époque de l'accouchement.

Nous mesurerons les dimensions du bassin aussi exactement que nous le pourrons, soit en nous aidant de la pelvimétrie externe dont la valeur est toute relative, soit surtout de la pelvimétrie interne.

Laissant de côté la pelvimétrie instrumentale, nous emploierons surtout le toucher mensurateur dont les résultats, pour n'être qu'approximatifs, ont toutefois assez de précision pour qu'on puisse s'y rapporter.

Mais est-il possible de mesurer les dimensions de la tête fœtale ? M. Perret a inventé le céphalomètre qui porte son nom, destiné à fixer les diamètres exacts de la tête. Nous ne décrirons pas ici la manœuvre de cet appareil connu de tous. Nous rappellerons seulement son principe, qui consiste à mesurer le diamètre O F à travers la paroi abdominale, et à trouver ainsi le diamètre B P moins grand de 2 centimètres et demi, chiffre fixe. Le diamètre O F se mesure avec le céphalomètre, du chiffre obtenu on doit déduire l'épaisseur de la paroi abdominale, que l'on ne peut connaître d'une façon précise. Ainsi donc cet appareil, que l'on a prétendu devoir donner à 1, 2, 3 millimètres près les dimensions de la tête, demande, comme on le voit, un assez grand nombre d'approximations ; par conséquent, il ne peut pas donner de résultats exacts. Son emploi pourra donc rendre des services, mais il ne faudra pas lui demander une précision absolue.

Comment donc devons-nous procéder pour voir si la tête peut passer au détroit supérieur ? Il faudra essayer de l'engager par pressions dans ce détroit, de voir avec quelle facilité se fait cet engagement et, suivant l'impression que l'on aura retiré de cette pratique, provoquer l'accouchement à 8 mois $\frac{1}{4}$, 8 mois $\frac{1}{2}$, 8 mois $\frac{3}{4}$. En réalité, il vaudra toujours mieux provoquer l'accouchement trop tôt que trop

tard, car rien n'est plus dangereux, comme nous l'avons dit et comme le montreront nos statistiques, que d'exposer le fœtus à une extraction artificielle par forceps ou version. On pourra nous reprocher le peu de précision de la méthode employée pour déterminer l'époque de l'accouchement : nous estimons cependant que cette question d'impression est la seule sur laquelle il faille se baser, d'ailleurs les résultats de nos statistiques prouveront qu'on arrive ainsi à de bons résultats.

Manuel opératoire. — Notre intention n'est pas de passer en revue tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour provoquer l'accouchement ; nous l'avons dit dans notre préface, nous ne voulons exposer que la méthode employée dans les services lyonnais, encore qu'elle ne leur soit pas propre. Laissant donc de côté tous les agents médicamenteux, tous les moyens d'excitation de l'utérus par action réflexe, la plupart des moyens d'action directe sur l'utérus (écarteurs, tamponnement, dilatateur de Barnes, introduction d'un cône d'éponge dans le col, perforation des membranes, emploi des gros ballons aux multiples inconvénients), nous ne nous occuperons que de l'accouchement provoqué au moyen de la sonde de Krause et des petits ballons de Tarnier. L'emploi de ces appareils est connu de tous, nous n'insisterons donc pas sur le manuel opératoire proprement dit.

La sonde de Krause, introduite avec toutes les précautions aseptiques d'usage, sera laissée en place jusqu'à 48 heures ; à ce moment, si il n'y a aucun début de travail, on la retirera et on la remplacera

par une autre, parfois même par plusieurs autres. On pourra ainsi introduire consécutivement 4 ou 5 bougies, voire même un plus grand nombre. Ici, on pourra faire un reproche à la méthode, celui de provoquer très lentement l'accouchement. En réalité, les statistiques prouvent que la moyenne de la durée de l'accouchement est de 4 à 5 jours ; on pourra donc se baser sur ce chiffre et provoquer l'accouchement un peu plus tôt. D'ailleurs, ce reproche de lenteur est largement compensé par les autres avantages : la poche des eaux reste toujours intacte, à moins de manœuvre brutale ; les risques d'infection sont minimes, on ne craint pas de déplacer la présentation ; enfin, l'emploi de la sonde de Krause est excessivement simple et à la portée de n'importe quel médecin.

Mais si l'accouchement tardait trop à se produire, nous pourrions avoir recours aux petits ballons de Tarnier qui, certes, le provoqueront beaucoup plus rapidement que la bougie et qui seront d'un utile secours, lorsqu'on redoutera que l'enfant ne devienne trop gros pendant les derniers jours de la vie intra-utérine.

Soins à donner aux prématurés. — Le reproche que pendant longtemps on a fait à l'accouchement prématuré, c'est de donner des êtres débiles, s'élevant difficilement, mourant dans une très forte proportion pendant les premiers temps de leur existence. Nous croyons qu'aujourd'hui, après les travaux de Budin, ce reproche n'a plus lieu d'être. Depuis que l'on connaît les bienfaits des couveuses

et du gavage, on sait que les prématurés, tout en nécessitant des soins plus attentifs, s'élèvent tout aussi bien que les autres enfants. En tout cas, le point essentiel, c'est que le prématuré *soit élevé au sein par sa mère* : l'allaitement maternel, toujours recommandable, est ici absolument indispensable. A cette condition, on obtient des enfants qui s'élèvent aussi bien que les enfants normaux : nos statistiques en fournissent la preuve.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant publier les différentes observations sur lesquelles repose cette thèse, nous ne ferons que donner un résumé succinct de la plupart d'entre elles, mais nous nous étendrons cependant sur certaines qui méritent une discussion. Rien ne pourra mieux nous montrer la valeur des méthodes préconisées; notre statistique sera basée sur 38 observations de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, commençant le 30 septembre 1905 et s'arrêtant le 11 avril 1909; elle porte donc sur un laps de 4 ans. Pour la Maternité de la Charité, nous publierons 41 observations, la première en date étant du 12 février 1903 et la dernière du 4 février 1909; la statistique portera donc ici sur un laps de 5 ans.

MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU

OBSERVATION N° 1.

M. G..., f. R..., 23 ans, secondipare. D. R., fin février, bassin généralement rétréci, promontoire difficilement atteignable élevé à 11 cent. 1/2. D. U., 10 cent.

Bougie le 25-9-09, 5 heures du soir. Accouchement le 30-9, 5 h. 30 du soir. Enfant : 2.120 grammes, bien portant à la sortie ; pas de renseignements ultérieurs. Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 2.

C. M..., f. C..., 39 ans, primipare. D. R., 31 décembre 1904. Bassin cyphotique, le promontoire n'est pas atteignable, D., bi-ischiatique 6, 1/2. D. sacro S. P. : 8, 1/2. Bougie le 6-9, une autre le 8-9. Accouchement, le 9-9, à 11 heures 45 du soir.

Enfant : 2.720 gr., bien portant à la sortie, 2 ans après, en 1907, la mère vient accoucher une seconde fois et donne des nouvelles de l'enfant qui se porte bien.

Suites de couches apyrétiques.

OBSEVATION N° 3.

C. H. . . , f. M. , 24 ans, secondipare. D. R., 28 juin 1905 ;
promontoire attingible à 10 cent. 1. Bougie le 21-3-06, à 10
heures du matin. Accouchement le 22-3, à 6 heures 30 du
soir.

Enfant : 3.400 gr. bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 4.

J. C. H. . . , f. M. . . , 30 ans, primipare. D. R., 28 mai 06.

Bassin aplati G. R. D. U. : 8 cent. 5. Bougie le 23-2-07.
Le 25-2, la poche des eaux se rompt, l'enfant commence à souf-
frir, on fait un *forceps* au bas de l'excavation.

Enfant : 2.300 gr. Il naît étonné, un peu de paralysie faciale,
mort au 3^e jour..

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 5.

M. G. . . , f. F. L. . . , 40 ans, 6 accouchements antérieurs,
dont 3 forceps et 3 normaux ; un seul enfant vivant. D. R. le
4-9-06.

Bassin légèrement aplati non rétréci. Bougie le 29 mai

07. Pas d'engagement. Rupture de la poche des eaux, proci-
dence du cordon qu'on ne peut refouler, version podalique.

Enfant en état de mort apparente, ranimé, 2.900 gr. Déliv-
rance artificielle.

Suites de couches apyrétiques. L'enfant est bien portant à
la sortie.

OBSERVATION N° 6.

H. B..., f. L..., 26 ans, primipare.

Bassin aplati G. R. Promontoire attingible à 10 3/4.
D. R., 22 novembre 06. Bougies, 29 juillet 07, on place encore
2 autres bougies. Le 3 août, rupture des membranes. L'enfant
se met à souffrir, la dilatation est incomplète. Accouchement le
3 août, à 1 h. du matin.

Enfant mort.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 7.

C. M..., f. C..., 21 ans, secondipare (voir observation n° 2).
D. R., 25 décembre 07. Bougie, 14-9-08, 11 h. du matin.
Rupture de la poche des eaux à 10 h. du soir. Expulsion de
la bougie. Accouchement normal.

Enfant : 3.000 gr. Il sort en bon état.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 9.

F. F. . . , f. R. . . 18 ans. D. R., le 8 janvier.

Bassin aplati un peu G. R. Promontoire attingible à 11 cent. Bougie le 20 octobre 08. Accouchement le 6-10, à 5 h. du matin.

Enfant : 2.850 gr. Bon état à la sortie. Bien portant en mai 1909.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 10.

A. B. . . , f. R. . . , 25 ans, primipare. Syphilis héréditaire, D. R., le 23 février. B. G. R.-D. U. : 9 cent. Refus de césarienne. Bougie le 19-12. Accouchement le 21-12, 11 h. du matin. On est en présence d'une M. I. D. T. Rupture des membranes. Version.

Enfant naît étonné, 2.840 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 11.

O. . . , primipare.

B. G. R. D. U. : 9 cent.

Bougie.

Enfant vivant.

Suites de couches normales.

Enfant mort avant la sortie. Broncho-pneumonie.

OBSERVATION N° 12.

A. L..., f. T..., 32 ans, primipare, D. L., 13 mai 1907.

B. G. 12. D. U. 9,5 environ. Bougie le 25 janvier 08. Accouchement le 21-1, 1 h. 30 du matin. Forceps dans l'excavation.

Enfant : 3.070 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 1909.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 13.

M D..., f. P..., 37 ans, VII pare : 2 fausses couches de 3 mois, un enfant mort en nourrice, broncho-pneumonie, un autre mort en nourrice également, 2 vivants, nourris au sein par la mère. Pour tous forceps D. R. 10 juin, B. G. R. — D. U. 9 1/2. Bougie le 26-2-08. Accouchement le 28-2-08.

Enfant : 2.650 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 14.

A B..., f. L..., 37 ans, primipare. D. R., 28 juillet. Bassin plat rachitique. D. U. : 10 environ. Bougie Accouchement le 17-4-08. Forceps à la vulve.

Enfant : 3.050 gr. Bien portant à la sortie, bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

. OBSERVATION N° 15.

M. B..., f. F..., Vpare, un seul vivant. D. R. : le 17 août. D. U. : 9 cent., bougie 23-4. Accouchement le 24-4 ; 11 h. 45 du soir.

Enfant : 2.980 gr. Bien portant à la sortie, bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 16.

M. B..., f. B..., 23 ans. Primipare. D. R., le 1^{er} août. Bassin aplati, 9 cent. environ. Bougie le 25-4. Accouchement le 27-4.

Enfant : 2.980 gr. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 17.

Cl. L..., f. L..., 21 ans, primipare. D. R. le 1^{er} août. B. G. R. — D. U., 9 cent. Bougie le 24-4. Accouchement le 27-4.

Enfant : 3.480 gr. Bien portant à la sortie, bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 18.

J. V.... f. B..., 21 ans, primipare. D. R. le 1^{er} août, B. G. R. D. U. : 9 1/4. Bougie le 9 mai, 10 h. du matin. Accouchement le 9 mai, 6 h. 10 du soir.

Enfant : 2.920 gr. Bien portant à la sortie, bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 19.

M. P.... f. L..., 34 ans, primipare. D. R., 15 octobre 1907. B. G. R. — D. U. : 9 cent. Bougie le 17-7. Tête encore mobile après 48 heures de douleur. Rupture artificielle des membranes, 19-7. Engagement. Accouchement le 20-7, 1 h. du matin.

Enfant : 3.250 gr. Bien portant à la sortie, bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 20.

M. B..., f. J..., 33 ans, primipare. D. R. le 10 novembre 1907. Bassin aplati, G. R. — D. U. : 8 1/2. Bougie le 24 juillet. Un peu de température. On met une autre bougie après avoir retiré la première ; on est en présence d'un siège et on décide d'intervenir. Impossible d'abaisser un pied.

Enfant mort. Extraction au crochet.

Température en clocher pendant 9 jours, puis tous les phénomènes disparaissent. La malade s'en va guérie.

OBSERVATION N° 21.

M. M..., f. G..., 29 ans, primipare. D. R. débuts norm. B. G. R. — D. U. : 9. Bougie le 31-7. A la 3^e bougie les douleurs apparaissent, 4-8-08. Accouchement le 5-8, à 6 h. du matin.

Enfant : 3.240 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 22.

Cl. G..., f. B..., 26 ans, primipare. D. R., 1^{er} novembre 1907. B. G. R. — D. U. : 10 cent. Bougie le 7-8. Accouchement, le 9-8, 3 h. 30 du matin.

Enfant : 2.550 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches morbides. Température. Infection grave. Guérison.

OBSERVATION N° 23.

M. B..., f. R..., 26 ans, primipare. D. R., le 12 novembre 1907. D. U. : 9 cent. Bougie le 7-8. Accouchement le 11-8.

Enfant : 2.750 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques

OBSERVATION N° 24.

C. J..., f. P..., 32 ans, secondipare. 1^{er} accouchement à terme avec basiotripsie. D. R., 20 décembre. B. G. R. — D. U. : 9,5. Bougie, le 30-8. Accouchement, le 2-08.

Enfant : 3.320 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 25.

Fr. G..., f. D..., 24 ans, primipare. D. R. fin février. B. G. R. — D. U. : 9. Bougie, le 25-11. Accouchement le 27-11.

Enfant : 2.820 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 26.

Eug. B..., f. D..., 34 ans, secondipare. 1^{er} accouchement il y a 12 ans, très dystocique. D. R. 12 avril 08. Bassin aplati. G. R. — D. U. : 8 1/2. Bougie le 21 décembre. Accouchement le 23 décembre.

Enfant : 3.120 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 27.

A. C..., f. P..., 33 ans, Ilpare. D. R., 12 avril. Bougie le 23 décembre. Accouchement le 31 décembre.

Enfant : 2.880 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 28.

G..., f. L..., primipare.

Bassin aplati. G. R. D. U. 8 1/2.

Bougie.

Enfant : 2.300 gr.

Bien portant en mai 09.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 29.

M^{me} de M... (Obs. particulière de M. le D^r Voron).

Primipare.

B. G. R. D. U. : 9.

Bougie.

Enfant : 2.700 gr.

Actuellement en bonne santé.

OBSERVATION N° 30.

L. P..., f. M..., 30 ans, primipare. D. R. le 10 mai. B. G. R. — D. U. : 9 1/4. Bougie le 23-1. Accouchement le 21-1.

Enfant : 2.440 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 31.

L. D..., f. F..., 20 ans. D. R. le 6 mai. Primipare. B. G. R. — D. U. : 9 1/2. Bougie le 10-2-09. Le 12-2, en changeant la bougie, on constate une procidence du pied. Impossible de le refouler ; on décide d'attendre en surveillant. Le 13-2 au matin, l'enfant souffre (674), puis les bruits du cœur semblent aller mieux. A 9 h. la souffrance nette. M^e Trillat, appelé, n'entend plus les bruits du cœur ; en outre, par le toucher, procidence du cordon. Chloroforme. *Basiotripsie*.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 32.

M. F..., f. C. H..., 21 ans, primipare. D. R. le 5 juin 08. B. G. R. — D. U. : 9 1/2. Bougie le 1-3-09, le 3-3 on change la bougie. Accouchement le 6-3.

Enfant : 3.160 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 33.

P. R. . . . f. H. . . . 26 ans, primipare. D. R., le 25 juin. B. R. — D. U. : 9 1/4. Bougie, le 10-3. Accouchement, le 14-3.

Enfant : 2.350 gr. Bien portant à la sortie, bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 34.

M. B. . . , f. G. . . , 26 ans, primipare. D. R., le 14 juin 08. B. G. R. — D. U. : 10. Bougie le 12-3. Le 14 on enlève la bougie ; au toucher, dilatation complète. Comme le travail s'arrête, on fait un *forceps*.

Enfant : 3.400 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

La mère a eu de la température, mais à la suite d'un abcès du sein.

OBSERVATION N° 35.

M. B. . . , f. M. . . , 20 ans, primipare. D. R., 5 juillet. B. G. R. Bougie le 29-2, une autre le 31. Accouchement le 1^{er} avril.

Enfant : 2.800 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 36.

L. D..., f. R..., 28 ans. D. R. le 25 juillet. Promontoire saillant. Arc antérieur de court rayon. D. U. 8 1/2. Bougie le 7-4, une autre le lendemain ; le 8-4, à 10 h. du soir, douleur, on cesse brusquement d'entendre les bruits, en même temps que la tête descend.

Enfant mort. Circulaire très serré.

Le 13-4, la mère a une température de 38,8 le matin, 39 le soir. On constate une éruption scarlatiniforme, dont il semble y avoir une épidémie dans le service. Le 14-4 39,3 et 40° de température. Le 15-4, 40,7 le matin, 41,8 le soir. *Mort.*

OBSERVATION N° 37.

M. J..., f. R..., 28 ans, IIpare. Le 1^{er} enfant est mort pendant l'accouchement à 8 mois. D. R., le 31 juillet B. G. R. — D. U. : 9 cent. Bougie le 23-4. Accouchement spontané normal, le 25-4.

Enfant vivant : 2.700 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09.

Du côté de la mère, pas d'incident jusqu'au 29 avril. A ce moment, frissons, points de côté à droite. Température : 38,2. Le 30 4, à la base droite, rôles dépidants. Le 1^{er}-5, dyspnée, cyanose, mort à 3 heures du soir.

OBSERVATION N° 38.

J. A..., f. F.... 19 ans, primipare. D. R. le 26 juillet. Bassin aplati. D. U. : 9 1/2. Bougie le 10-4. Accouchement le 11-4.

Enfant : 2.820 gr. Bien portant à la sortie. Bien portant en mai 09

Suites de couches apyrétiques.

MATERNITÉ DE LA CHARITÉ

OBSERVATION N° 39.

M. H..., primipare. D. R. : (?) 02.

B. A. G. R. Promontoire attingible à 9 1/4.

Bougie : 9 février 03. Douleurs, 9 février.

Accouchement : 12 février.

Enfant : 2.530 gr. Bon état à la sortie. Demande de renseignements sans réponse.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 40.

E. D... Marie, primipare. D. R. : 30-9-02.

Bassin J. R. Promontoire : 10 cent.

Sonde n° 18, 12 mai, enlevée le lendemain ; le 14 mai, une autre sonde, n° 20.

18-5, une autre sonde encore.

Douleurs, 26-5.

Accouchement, 28-5.

Enfant : 2.320 gr. Bon état à la sortie. Pas de renseignements ultérieurs.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 41.

M. G. . . . primipare. D. R. : (?) 02.

B. A. G. R. Promontoire : 9.3.

Bougie, 8 juin. Le 10-6, autre bougie, de même le 12-6, le 15-6, le 18-6. Le 19-6, ballon. Au moment où l'on retire le ballon, le cordon glisse. On le réduit, on met un 2^e ballon, expulsion du ballon : on trouve une main et le cordon en avant de la présentation.

Basiotripsie.

Pas de renseignements.

OBSERVATION N° 41.

M. Dey . . . , primipare. D. R. : 27-9. Mal de Pott soigné par M. Fochier. Bassin Cyphotique.

Bougie, 10 juin.

25 juin, *forceps* sur tête O. P.

Enfant, 2.500 gr. Pas de renseignements.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 43.

M. B..., f. M..., secondipare. Accouchement prudent laborieux, forceps. D. R. : 4 novembre. B. A. S. R.

2 bougies, 10 juillet.

Contraction de l'anneau de Baudle.

Version. Accouchement, 23 juillet.

Enfant : 3.000 gr. Pas de réponse à demande de renseignements.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 44.

M. M..., f. E..., secondipare, basiotripsie au 1^{er} accouchement. D. R. : 20/12.

B. A. G. R. promontoire à 10 1/4.

Bougie, 25 août.

Accouchement, 27 août, version.

Enfant : 2.730 gr. Bien portant à la sortie. Pas de réponse à demande de renseignements.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 45.

L. B..., primipare.

B. A. G. R. asymétrique. Promontoire, 10.5.

Enfant : 2.350 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 46.

V..., f. O..., plusieurs grossesses précédentes n'ont donné que des enfants extraits par forceps ou version. D. R. : 6 janvier. B. R.

Bougie 31 août, accouchement le 27 septembre, au moyen d'une version, enfant né en état de mort apparente, le cœur a battu pendant 30 minutes, n'a pas été ranimé.

Suites de *couches*, *infection puerpérale*, *abcès* de fixation.
Sortie dans un état grave.

OBSERVATION N° 47.

M. C..., secondipare. D. R. (?).

Bassin mauvais.

Bougie 18 mai, encore deux autres bougies, accouchement le 26 mai.

Enfant: 2.200 gr. Suites de *couches avec température*.

OBSERVATION N° 48.

L. D..., primipare. D. R. Novembre.

Bassin coxalgique, bougie le 28 mai; il se produit immédiatement une hémorragie de 600 gr., on retire la bougie que l'on remplace par un ballon: celui-ci se rompt au bout de dix

minutes, on remet un autre ballon qui se rompt cinq minutes après, dilatation manuelle, *version*.

Enfant : 2.220 gr. En état de mort apparente, ranimé, mais *meurt quelques temps après*.

Suites de couches avec température.

OBSERVATION N° 49.

J. M..., primipare. D. R. 5 novembre 03.

Bougie 24 août, accouchement 31 août.

Enfant : 2.870 gr. Envoyé en bon état à la crèche.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 50.

A. B..., secondipare. 1^{er} enfant mort à terme. D. R. fin janvier.

B. A. G. R., promontoire à 11 cent., bougie 17 octobre.

Accouchement, 31 août.

Enfant : 3.050 gr.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 51.

A. F..., primipare.

Rétrécissement transversal du bassin.

Bougie.

Enfant : 1.950 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 52

J. B..., VIpare. 1^{er} accouchement, forceps.

2^e accouchement, version.

3^e accouchement, prématuré artificiel.

4^e accouchement, basiotripsie.

5^e accouchement, prématuré artificiel, version.

B. A. G. R.. promontoire à 9,5.

Bougie le 14 novembre.

Accouchement le 18 novembre, au moyen d'une version,
l'enfant meurt 3 heures après.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 53

J. P..., 20 ans, primipare.

B. A. G. R.

Bougie, le 28-12-04.

Accouchement le 29-12-04.

Enfant, 2560 gr., bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 54

E. P..., 19 ans. primipare.

Bassin asymétrique.

Gouttière silicatée dans le jeune âge.

Bougie le 22 août 04.

Accouchement le 23 août 04.

Enfant, 2500 gr., bien portant à la sortie.

Suite de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 55.

E. L. . . , primipare.

B. A. G. R. Promontoire à 9,4.

Bougie le 23-6-05.

Accouchement le 4-7-05.

Enfant, 1760. Mort pendant le travail.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 56.

M. M. . . , primipare.

B. A. G. R. Promontoire, 9.

Accouchement artificiel à 7 mois, le 7-9.

Enfant bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 57.

L. . . R. . . , VIpare : 1^{er} accouchement, à terme : 2^e accouchement, forceps au détroit sup. lacs, enfant mort à 17 mois ; 3^e accouchement prématuré artificiel, à 7 mois 3/4, fille vivante;

4^e accouchement, prématuré artificiel 8 mois 1/2 ; 5^e accouchement, prématuré artificiel, 8 mois, fille vivante.

Le 12-10, bougie, ballon.

Procidence du cordon. Version.

Enfant mort-né.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N^o 58.

A. D..., primipare.

B. A. G. R., Promontoire à 10,3.

Bougie le 27-10. Ballon.

Version, Délivrance artificielle.

Enfant vivant, 1670. Bien portant à la sortie.

OBSERVATION N^o 59.

M. Th..., f. Ca..., secondipare, 18 ans, otripsciesant.

Bassin uniforme. Promont. à 10,5. Faux promont. 9 1/2.

Bougie, 6 janvier 06.

Se présente en épaule gauche. Version, Crâniotomie sur la tête, derrière.

OBSERVATION N^o 60.

J. Ch..., 21 ans, Ilpare, forceps au 1^{er} accouchement. Enfant vivant. D. R., 20 novembre.

Bassin aplati. Promont. à 10,3.

Bougie le 25 juin.

Accouchement le 3 juillet.

Enfant, 2660 gr.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 61.

E. G..., primipare. D. R. 2 janvier.

B. A. S. R.

Bougie 6 septembre. On met à la suite les unes des autres
5 bougies.

Accouchement 16 septembre. Procidence du cordon. Réduc-
tion manuelle.

Enfant, 2320 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 62.

J. M... Multipare, 2 enfants morts.

B. A. G. R. Promont. 10,2.

Bougie, 30 août. Malade fait les eaux.

Accouchement, 18 septembre.

Enfant, 2100 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 63.

M. J... f. C..., primipare.

Bassin aplati.

Bougie. Version.
Enfant, 3050 gr. Bien portant à la sortie.
Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 64.

A. M... f. F..., (V. Obs. n° 51).
Enfant, 2400 gr. Bien portant à la sortie.
Reçu nouvelles des deux enfants qui vont très bien,

OBSERVATION N° 65.

M. Th... f. C..., (V. Obs. n° 59).
Enfant, 1350. Bien portant à la sortie.

OBSERVATION N° 66.

F. P..., primipare.
B. A. G. R. Promont. 9,8.
Bougie, 11 mars ; Une autre bougie ensuite.
Accouchement, 15 mars, Forceps des excavations.
Enfant 2900 gr. Bien portant à la sortie.
Suites de couches : Infection néphrite aiguë.
Guérison.

OBSERVATION N° 67.

M. Th. . . , primipare.
B. A. G. R. Achodronplasie fruste.
Bougie. Accouchement le 28-3-07.
Enfant, 2150 gr.
Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 68.

(967 du registre)
M. G. R.
Bougie. Accouchement, 19 novembre 1907. Enfant, 2710 gr.
Revu le 18-3-08, bien portant. Poids, 10600 gr. 15 cent., se
tient sur ses jambes, mais ne marche pas.

OBSERVATION N° 69.

G. N. . . , 33 ans, IIpare: 1^{er} accouchement provoqué à terme.
B. A. S. R. Goitre. Crétinisme. Promontoire.
Bougie, 10/12-07.
Accouchement, 20/12. Mort-né.

OBSERVATION N° 70.

M. P. . . , f. D. . . , primipare, 2 enfants morts.
B. A. S. R. Promontoire 10 cent.

Bougie. Version.

Enfant : 2.970 gr. Bien portant à la sortie.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 71.

Cl. C..., f. R...

B. S. R. — P. S. P., 11 cent.

Bougie. *Version*.

Fracture de l'occipital. Enfant mort quelque temps après.

OBSERVATION N° 72.

M. S..., f. Ch ..

B. A. G. R. Promontoire, 9,2.

Bougie. Ballon. Version.

Enfant vivant : 2.580 gr. Mort des convulsions. Hémorragie.
méningée.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 73.

M. B...

B. A. G. R. Promontoire, 9,6.

Bougie.

Enfant : 2.570 gr. Mis à l'assistance.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 74.

J. M...

B. A. S. R. Promontoire, 10.

Bougie, 8 mois.

Enfant : 2.280 gr. Mis à la Crèche.

Suites de couches : Infection légère.

OBSERVATION N° 75.

M. S...

B. A. G. R. Promontoire, 9,7.

3 bougies, à 8 mois.

Enfant : 2.320 gr.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 76.

L. Ch..., f. M...

B. A. G. R. Asymétrique. Promontoire 9 cent.

Bougie 7 m. $\frac{3}{4}$. Ballon.

Version potalique.

Enfant : 2.200 gr.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N^o 77.

M. D. . . . f. B. . .

B. G. R. Promontoire, 10,3.

Bougie à 8 mois.

Enfant : 1.750 gr. Mort le 19^e jour.

OBSERVATION N^o 78.

F. W. . . .

B. G. R. Promontoire, 11 cent.

Bougie à 8 mois $\frac{3}{4}$. Ballon.

Enfant : 3.900. Mis à l'Assistance.

Suites de couches apyrétiques.

RÉSULTATS OBTENUS

Nous essaierons maintenant d'interpréter les observations que nous venons de publier.

On a provoqué 78 fois l'accouchement prématuré, tant à la Maternité de l'Hôtel-Dieu qu'à celle de la Charité (38 à l'Hôtel-Dieu, 40 à la Charité). Sur les 78 enfants, 68 sont nés vivants, soit 87,18 %.

La mortalité immédiate a donc été de 12,82 %. Sur ces 68 enfants, 62 sont sortis bien portants du service, ce qui élève le taux de la mortalité à la sortie à 20,51 %.

Mais analysons maintenant un peu mieux ces résultats :

Sur les 16 enfants morts avant la sortie du service, 9 avaient été extraits au moyen du forceps ou de la version. On voit donc bien que nous étions autorisés à prétendre que l'inocuité de l'accouchement prématuré dépend de sa terminaison normale, et qu'à

ce point de vue, il vaut mieux provoquer l'accouchement trop tôt que trop tard.

Ici, nous pourrions faire intervenir la notion du poids de l'enfant. D'après nos observations, nous voyons que ce poids n'est jamais tombé au-dessous de 1750 grammes, et ceci exceptionnellement. La moyenne du poids des enfants obtenus par l'accouchement prématuré a été de 2.300 à 2.400 grammes. Cette notion est importante, car il est certain que les enfants de moins de 2.000 grammes s'élèvent plus difficilement que les autres prématurés.

Sur les 7 autres enfants morts, 1 est mort (obs. n° 11), de broncho-pneumonie avant sa sortie (cette mort est donc difficilement imputable à l'accouchement prématuré); l'autre (obs. n° 36) est mort *brusquement* au cours du travail. On a trouvé une circulaire du cordon très serré autour du cou, ce qui explique la mort subite (th. de Vidome); plusieurs autres sont morts pendant le travail, soit à la suite de procidences impossibles à réduire, soit à la suite de lenteur de l'accouchement.

Nous avons cherché à avoir des renseignements sur les 62 enfants sortis vivants de l'hôpital. Nous avons retrouvé 26 des 37 enfants obtenus à l'Hôtel-Dieu. Tous étaient vivants, certains ayant actuellement trois ans. Mais ces recherches nous ont été beaucoup plus difficiles pour la Charité, où viennent accoucher des filles-mères dont le domicile change souvent, ou des femmes de la campagne. Nous avons écrit à toutes celles dont nous avons pu obtenir les adresses : 4 seulement nous ont répondu, les 4 en-

fants étaient vivants. Nous savons donc que sur les 62 enfants sortis vivants de l'hôpital, 30 sont encore vivants.

Au point de vue maternel, sur les 78 accouchées, 6 ont eu de la température à la suite d'infection, ce qui nous donne un *taux de morbidité* de 7,69 %.

A la Maternité de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu cette année à déplorer deux morts de femmes sur lesquelles on avait pratiqué l'accouchement prématuré : l'une a succombé des suites d'une *pneumonie* ; l'autre à la suite d'une *infection à type scarlatiniforme*, dont il *régnait à ce moment une épidémie dans le service* (Th. de Bernard, Lyon, 1909). D'autres femmes, chez qui on n'était intervenu en aucune façon, ayant succombé dans les mêmes conditions, nous voyons qu'il serait injuste d'imputer cette mort à l'accouchement prématuré ; aussi nous croyons-nous autorisés à prétendre que la *mortalité maternelle est nulle* au cours de l'accouchement prématuré provoqué.

CHAPITRE VI

Valeur comparée de l'accouchement prématuré et de la césarienne.

Tels sont donc les résultats que donne l'accouchement prématuré dont on pourrait ainsi faire le bilan : mortalité maternelle nulle, mortalité infantile excessivement faible. D'autre part, l'avenir nous montre que ces enfants s'élèvent très bien, ne portant dans la vie aucune trace physique ou morale de leur débilité congénitale. La thèse de Gallimard et celle de Bourret sont assez probantes à cet égard.

Voici donc une opération qui donne aux mères toute sécurité et fait courir aux enfants un minimum de danger ; ne semble-t-il pas qu'elle devrait être acceptée par tous ? Et pourtant certains accoucheurs n'en veulent pas entendre parler. Pour eux, l'accouchement prématuré doit céder le pas à la césarienne,

car, bien entendu, on ne parle plus de la symphy-séotomie.

La césarienne est pour M. Pinard et son école la seule intervention acceptable dans les bassins rétrécis, et M. Bonnaire écrivait, le 5 octobre 1907, dans la *Semaine Médicale* : « Nous estimons avec, sans doute, la grande majorité des accoucheurs du temps présent, que le champ de ses indications ira en s'élargissant aux dépens de celles de l'accouchement prématuré provoqué, des pélykotomies, du forceps et de la version. » Il semblerait donc, d'après M. Bonnaire, que la césarienne soit l'opération idéale. Et même Ed. Franck, en 1900, comme nous l'avait déjà dit (*Monate f. Geb. u. Gymn.*), estimait qu'il n'y avait pas besoin de demander l'autorisation de la femme pour pratiquer la césarienne.

Et pourtant nous lui ferons un certain nombre d'objections capitales :

a) *La césarienne comporte une mortalité maternelle et, de ce fait, peut-on se passer du consentement de la mère ?* Il est un fait certain, c'est que la mortalité maternelle est encore assez élevée à la suite d'opération césarienne (7,85 %, d'après les statistiques de Bué), et Munro Kerr, qui donne 8 % de mortalité maternelle, a dit d'elle : « Elle est la plus facile de toutes les opérations abdominales et cependant elle conserve toujours une mortalité élevée, deux fois celle de l'ovariotomie et trois fois celle de l'hystérectomie pour fibromes ». D'autre part, si l'on songe que la mortalité infantile immédiate est de 5 % au moins, nous voyons que de suite après

l'intervention nous supprimons dans la césarienne 13 % d'êtres vivants, tandis que notre statistique ne donne que 12,82 % de mortalité immédiate. Mais si l'on tient compte de la valeur des êtres que l'on a supprimés, on voit encore bien mieux que l'avantage reste tout entier à l'accouchement prématuré. La question a été posée bien souvent de savoir ce qu'il valait mieux sauver de la mère ou de l'enfant, on a voulu voir en présence deux existences humaines, dont l'une avait tout l'avenir pour elle. On s'est payé de mots. En réalité, si l'on veut pénétrer dans la matérialité de l'existence, on verra que la vie d'une mère est, dans bien des cas, plus utile et plus respectable que celle d'un enfant. En effet, nous savons que, parmi les enfants nés vivants à la suite d'une césarienne, il y a toujours une forte mortalité, puisque Bourret donne 32,2 % de mortalité fœtale éloignée ; il n'est donc pas juste de risquer une vie assurée pour une vie aléatoire ; mais, d'autre part, si l'on songe que souvent la femme à qui l'on fait, quoiqu'on en dise, courir de gros risques, laisse chez elle d'autres enfants qui, privés des soins de leur mère, pourraient disparaître aussi, on voit qu'au point de vue social la question se complique. Bien plus, il est un fait certain, c'est que les enfants nés par césarienne ne peuvent s'élever facilement que nourris au sein par leur mère. Et alors que deviendront les 8 enfants sur 100 dont les mères seront mortes ?

Mais quand bien même toutes ces raisons n'existeraient pas, serait-on autorisé à se passer du consentement de la mère pour faire une césarienne ? Aurait-

on le droit de lui faire courir un danger de mort sans l'avertir ? Eh bien, non ! La femme sera toujours libre de préférer sa vie à celle de l'enfant qu'elle porte et dont l'existence n'est rien moins qu'assurée, et nous estimons qu'il est mauvais d'imposer ainsi à une femme une intervention au nom d'un principe scientifique ou social. Un des droits primordiaux de l'individu, c'est le droit à la vie, et il est abusif de le lui enlever au nom de principes qu'il peut ne pas admettre. M. Pinard a dit que la conscience et la science d'un médecin devaient être ses seuls guides. Malgré tout le respect que nous inspire de si nobles paroles, nous croyons qu'une malade qui, de sa pleine liberté, sera venue consulter un médecin, sera toujours libre de refuser une intervention.

D'ailleurs, l'exemple de la Maternité de l'Hôtel-Dieu est assez frappant. Là, viennent accoucher uniquement des femmes mariées. Or, à toutes celles qui ont des bassins rétrécis, on propose d'abord la césarienne. Toutes la refusent. Devrait-on passer outre à leur volonté ?

Bien entendu, la femme aura ainsi la responsabilité des résultats, mais il faut qu'on le sache : si ce n'est pas elle qui assume les risques, ce sera le médecin, et si des réputations solidement établies peuvent parfois résister à des désastres pareils à la mort d'une mère au cours d'un accouchement, il n'en est pas de même de celles de bien des praticiens qui ont à compter avec leur clientèle. Nous estimons qu'ils peuvent le faire tout en restant d'accord avec leur conscience, qui ne saurait rien leur reprocher, quand

ils auront fait peser le pour et le contre aux partis intéressés.

b) Mais nous aurons encore d'autres objections à faire à la césarienne ; c'est une opération relativement facile à l'hôpital ou dans une clinique, mais qui, de même que toutes les interventions abdominales, voit énormément augmenter ses risques quand elle est faite en ville. Enfin, argument plus sérieux, la césarienne ne permet pas un grand nombre de grossesses et sa valeur, au point de vue social, s'en trouve d'autant diminuée. En effet, la césarienne itérative se pratique assez facilement, mais une troisième grossesse devient très dangereuse, car la femme court le risque d'une éventration, ce qui est peu important, en réalité, mais aussi d'une rupture utérine, ce qui l'est beaucoup plus.

Tels sont donc les reproches que nous ferons à la césarienne. Est-ce à dire que ce soit une mauvaise opération ? Loin de là. Nous croyons, au contraire, que dans la limite exacte de ses indications, elle peut rendre de très grands services ; nous sommes même persuadé que sa technique, s'améliorant de jour en jour, on arrivera encore à obtenir par elle de meilleurs résultats. Nous ne lui avons fait les objections précédentes que pour bien montrer qu'on ne doit pas la faire empiéter sur le domaine de l'accouchement prématuré. La science doit être faite d'éclectisme ; il faut savoir prendre à chaque intervention ce qu'il y a de bon en elle. Or, nous estimons que dans les bassins très rétrécis au-dessous de 8 cent., la césarienne est la seule intervention que

l'on puisse pratiquer et qui assure des chances de survie à la mère et à l'enfant ; mais pour ce qui est des bassins au-dessus de 8 cent., l'accouchement prématuré s'impose par l'innocuité de sa pratique au point de vue maternel et par les excellents résultats qu'il a donné au point de vue fœtal. C'est ce qui semble résulter des travaux des accoucheurs modernes français, sur lesquels nous nous sommes basés pour écrire ce chapitre. Quant à l'Allemagne, elle marche absolument dans cette voie, comme le montrent les travaux de Léopold, Schaüta, Alfheld, Veit, Holshausen.

CONCLUSIONS

I. Nous publions dans ce travail les résultats de 78 accouchements prématurés provoqués pour viciation pelvienne dans les Maternités de l'Hôtel-Dieu et de la Charité.

II. Ces accouchements prématurés provoqués (tous par la méthode de Krause), nous ont donné les résultats suivants :

Mortalité infantile immédiate . 12.82 %.

Mortalité infantile à la sortie . 20.51 %.

Morbidité maternelle 7.69 %.

Mortalité maternelle nulle, les deux morts que nous avons eu à déplorer ne pouvant être imputées à l'accouchement prématuré.

Nous avons obtenu des renseignements sur 30 des 78 enfants : tous étaient encore vivants en mai 1909.

III. Ces résultats, tant immédiats qu'éloignés, déduction faite des deux morts de mères survenues dans des circonstances tellement spéciales qu'elles ne paraissent pas pouvoir, nous le répétons, être mises sur le compte de l'intervention, nous paraissent constituer un argument en faveur du maintien

de l'accouchement prématuré provoqué parmi les méthodes de traitement des rétrécissements du bassin.

IV. Pour donner de bons résultats en ce qui concerne l'enfant, l'accouchement prématuré ne doit pas être pratiqué trop tôt. Nous l'excluons donc formellement de la thérapeutique des bassins ayant moins de 8 centimètres de diamètre utile. Au-dessus de ce chiffre il donnera des résultats d'autant meilleurs qu'on se rapprochera davantage du terme. Dans nos observations, le poids de l'enfant n'est jamais tombé au-dessous de 1750 grammes. Le poids moyen a été de 2300 à 2400 grammes.

V. Au-dessus de 8 centimètres de diamètre utile, la *césarienne* devient l'intervention de choix. Nous estimons donc que l'accouchement prématuré reste l'intervention la plus avantageuse pour une certaine catégorie de bassins rétrécis : ceux dans lesquels la viciation est trop accusée pour qu'on puisse espérer un accouchement à terme, et pas assez pour qu'on ne puisse espérer le passage spontané d'un enfant de poids suffisant pour permettre sa survie soit immédiate soit éloignée. Nous insisterons à ce sujet sur le chiffre très élevé d'enfants que nous avons retrouvés en bonne santé longtemps après l'intervention.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 novembre 1909.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFHELD. — L'avenir des prématurés nés par l'accouchement provoqué.
- ANDERODIAS. — De l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements rachitiques du bassin. (Ext. des Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 30 mars 06).
- AUDEBERT. — Panall. entre l'accouchement prématuré provoqué et la symphyseotomie dans les bassins rétrécis de 8 cent. $1/2$ à 9 cent. $1/2$. Steinheil, Paris 1897.
- BLACK. — Med. Journ. 99. Glasgow.
- BLOCH. — De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques. (Th. Paris 1900).
- BONNAIRE. — Vingt opérations césariennes pratiquées à Lariboisière. *Presse med.* 5 oct. 07.
- BOURRET. — Pronostic fœtal éloigné des principales interventions obstétricales. (Th. Lyon. 1908).
- BOYD (G.-M.). — Revue de quinze cas d'opération césarienne (*American Journal of obstetrics*, août 06).
- BURCKARDT. — Essai sur l'accouchement prématuré artificiel employé dans le cas de rétrécissement considérable du bassin. (Th. Nancy, 1830).

COMMANDEUR. — Traité de l'art des accouchements. — Article des rétrécissements du bassin.

DECHAMBRE. — Dictionnaire.

DUBOIS P. — Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire ? (Th. Concours).

FOCHIER. — Soc. Obst. Franc. 3, 4, 5 av. 1902.

GALLIMARD. — De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré. (Th. Paris, 1904-05).

GILLES. — De l'accouchement prématuré provoqué à Toulouse. (Th. Toulouse, 1902-03).

GROSJEAN. — Quelques considérations cliniques sur les rétrécissements du bassin. (Th. Nancy, 1903).

HAHL. — Sur l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin. — (Travaux de la Clinique Helmsingfors. (Berlin, 1903-04).

HUCKLENBROICH. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1895.

JACOBY. — De la provocation de l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis au moyen de la méthode de la bougie. (Wiener Klin. Therap. Woch 1904).

KLEINWACHTER. — Technique de la provocation de l'accouchement. (Th. Franenartz, 99).

LA TORRE. — L'accouchement prématuré artificiel constitue-t-il une faillite scientifique ? (*La Clinica Obstetrica*, 03).

LEOPOLD. — Rapports entre les indications de la césarienne, la symphyseotomie, la craniotomie et l'accouchement provoqué. (Munchen med. Wochen 1899, n° 4).

LEOPOLD ET KONRAD. — Berichtigungsfrage der Kunstlichen Fruehegeburt.

LOREY. — Les suites de l'accouchement prématuré artificiel spécialement au point de vue du sort ultérieur des enfants. (*Sem. Med.*, 24 août 1904).

MAYGRIER. — Le Prématuré. — Sa Protection. — Son avenir. (*Press. Med.*, 1908, n° 102).

MAY (F.-A.). — Prog. de necessitate partus quandoque premature vel solo manum vel instrumentorum adjutorio premo-vendi. (1799).

- MUNRO KERR. — Operative medwifery (Obst. operat.) Londres, Tindall et Cox 1908).
- NORRIS. — Les résultats éloignés de l'accouchement provoqué dans les légers rétrécissements du bassin. (*The Amer. Journal of obstet.* 1904).
- PAQUIER. — De l'accouchement provoqué. Résultats obtenus à la clinique Tarnier. 1898-1902. (Th. Paris, 1902-03).
- PELZER. — Un procédé exempt de danger pour provoquer l'accouchement prématuré au moyen d'injection de glycérine. (*Sc. Med.* n° 50, 1896).
- PINARD. — Annales de Gynécologie, 1902.
Leçons cliniques.
- RAFFAELE G. — Quelques mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément dans le royaume de Naples. (Trad. par le Dr Sirius Piroudi).
- REYNIER. — Du bassin aplati et généralement rétréci. (Pas gorv. *Med. Journal*, 99).
- REINSINGER. — Die Kuustliche Fruhegeburt als ein wichtiges mittel in der entbindungkunst (1820).
- ROLLET S. — Symphyseotomie et accouchement prématuré artificiel. (Th. Paris, 1896).
- SARWAY O. — De l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin. (Berlin, 1896).
- STOLZ. — Mémoires et observations sur l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin. (Strasbourg, 1835).
- SKORSCHBAU. — Monatsch. fgeb. a. Gyn. 1900).
- VALENCY J.-L. — De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques. (Th. Paris, juillet 1900).
- VINCENT. — De l'accouchement provoqué prématurément ou à terme.
- VON BRAUN-FERNWALD. — Sur les opérations césariennes exécutées dans les dix dernières années (*Arch. of. Gyn.* 99).
- WARDEN. Some results of induction of premature labour per contracted pelvis. (Glasgow, 1896).

WOLFLINGER. — Soixante cas d'accouchement prématurés provoqués. Diss. inaug. Masberg 1895.

WENZEL. — Allgemeine geburtshülfliche Betrachtungen à über die Ruustliche Fruhegebert (1818).

